·医防融合专题研究·

基层医生慢性病医防融合服务行为意向及影响因素研究

范博阳[1，2]，张玉[1，2]，孙雯宁[1，2]，张慧芳[1，2]，王英杰[1，2]，张奥[1，2]，赵洋[3，4]，王海鹏[1，2*]

1.250012 山东省济南市，山东大学齐鲁医学院公共卫生学院卫生管理与政策研究中心
2.250012 山东省济南市，国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室（山东大学）
3.2050 澳大利亚悉尼，新南威尔士大学乔治全球健康研究院
4.3010 澳大利亚墨尔本，墨尔本大学人口与全球健康学院
*通信作者：王海鹏，副教授；E-mail：wanghaipeng@sdu.edu.cn

【摘要】 **背景** 慢性病已成为我国重要的公共卫生问题。因其病程长且难治愈，推行全周期的医防融合服务是防治关键。但当前我国医疗服务与公共卫生服务割裂，医防融合服务供给仍存在缺口。基层医生是医防融合服务的重要提供者，其在提供医防融合服务过程中的行为直接影响到患者接受的医疗卫生服务质量。因此，探究基层医生慢性病医防融合服务行为意向至关重要。**目的** 调查山东省基层医生慢性病医防融合服务行为意向现状，探究其影响因素，为进一步推动基层医防融合工作的开展提供依据。**方法** 本研究于 2023 年 8 月在山东省开展调查，采用多阶段分层随机抽样，按照地理位置和经济发展水平，在山东省的东、中、西部地区各选择烟台市、潍坊市以及聊城市，在每个地市随机选择 1 个区和 1 个县 / 县级市作为样本地区，选取 481 名基层医生进行调查。研究者自制《基层医生慢性病医防融合服务提供调查问卷》，经专家咨询后修改完善问卷内容，主要包括四部分：一般情况调查表、医防融合服务认知问卷、基层医疗机构医防融合服务环境评价问卷、基层医生医防融合服务提供行为意向问卷。采用 χ^2 检验与二元 Logistic 回归模型分析其影响因素。**结果** 83.16% 的基层医生的慢性病医防融合服务提供行为意向处于高水平。二元 Logistic 回归模型分析结果显示，女性（OR=2.149）、大专学历（OR=2.736）、医防融合认知水平较高（OR=3.549）、所就职医疗卫生机构环境较好（OR=8.264）的基层医生提供慢性病医防融合服务的行为意向更强（P<0.05）。**结论** 当前基层医生慢性病医防融合服务行为意向较强，但仍应建立完善医防融合考核与激励机制，制定合理的医防融合工作政策文件与服务指南，通过多种方式提升基层医生的认知，设立医防融合专项资金优化基层医疗卫生机构环境，针对特定人群增加医防融合培训次数。

【关键词】 慢性病；医防融合；基层医生；行为意向；山东省；二元 Logistic 回归模型；影响因素分析
【中图分类号】 R 36 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0362

Study of Behavioral Intention and Influencing Factors of Integrated Medical and Preventive Care Provided by Grassroots Doctors for Patients with Chronic Diseases

FAN Boyang[1，2]，*ZHANG Yu*[1，2]，*SUN Wenning*[1，2]，*ZHANG Huifang*[1，2]，*WANG Yingjie*[1，2]，*ZHANG Ao*[1，2]，*ZHAO Yang*[3，4]，*WANG Haipeng*[1，2*]

1.Center for Health Management and Policy Research，School of Public Health，Cheeloo College of Medicine，Shandong University，Jinan 250012，China
2.NHC Key Laboratory of Health Economics and Policy Research（Shandong University），Jinan 250012， China
3.The George Institute for Global Health，University of New South Wales，Sydney 2050，Australia

基金项目：山东大学国家治理研究院 23B05 课题
引用本文：范博阳，张玉，孙雯宁，等. 基层医生慢性病医防融合服务行为意向及影响因素研究［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0362.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
FAN B Y，ZHANG Y，SUN W N，et al. Study of behavioral intention and influencing factors of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors for patients with chronic diseases［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］



4.Melbourne School of Population & Global Health，the University of Melbourne，Melbourne 3010，Australia
*Corresponding author：WANG Haipeng，Associate professor；E-mail：wanghaipeng@sdu.edu.cn

【Abstract】 **Background** Chronic diseases have become a significant public health issue in China. Due to the prolonged course and difficulty in achieving a cure，it is essential to promote full-life-cycle integrated medical and preventive care for prevention and treatment of chronic diseases. However，medical services and public health services in China are separatedand there is still a gap in the supply of integrated medical and preventive care. Grassroots doctors are key providers of such services，and their behavior directly impacts the quality of integrated medical and preventive care. Therefore，it is crucial to explore the behavioral intention of grassroots doctors in providing integrated medical and preventive care for chronic diseases. **Objective** This study investigates the current status and influencing factors of the behavioral intention of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors for patients with chronic diseases in Shandong Province. The aim of the study is to offer insights and guidance for improving the quality of integrated medical and preventive care at the grassroots level. **Methods** A total of 481 grassroots doctors were collected through multi-stage stratified cluster random sampling in Shandong Province. A questionnaire survey was conducted to investigate grassroots doctors' behavioral intention to integrate medical and preventive care，and the influencing factors were analyzed using univariate analysis and binomial logistic regression. The questionnaire of this study is entitled "Questionnaire on the behavioral intention of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors for patients with chronic diseases" and its content was modified after expert consultation. The questionnaire mainly includes four parts：questionnaire on general situation，questionnaire on the awareness of integrated medical and preventive care，questionnaire on the assessment of the environment of integrated medical and preventive care in grassroots medical institutions，and questionnaire on the behavioral intention of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors. **Results** 83.16% of grassroots doctors had a high level of behavioral intention to provide integrated medical and preventive care. Grassroots doctors who were female（OR=2.149），had junior college diploma（OR=2.736），had a higher level of awareness of integrated medical and preventive care（OR=3.549），and were employed in the organizations with better environment（OR=8.264）had a stronger behavioral intention to provide integrated medical and preventive care（P<0.05）. **Conclusion** Currently，grassroots doctors show strong behavioral intention to provide integrated medical and preventive care for patients with chronic diseases. However，it is still necessary to establish a sound incentivization mechanism. A variety of promotional strategies should be utilized to further raise awareness among grassroots doctors. Additionally，dedicated funding should be well allocated to optimize the healthcare environment at the grassroots level. It is also essential to develop well-defined policy documents and service guidelines for integrated medical and preventive care. Furthermore，targeted training on integrated medical and preventive care should be implemented for grassroots doctors with specific characteristics.

【Key words】 Chronic disease；Integrated medical and preventive care；Grassroots doctors；Behavioral intention；Shandong province；Binomial logistic regression model；Root cause analysis

随着社会经济发展、人民生活方式的改变以及老龄化程度的加深，慢性病已成为影响我国居民健康的重要公共卫生问题[1]。由于慢性病病程长、病情反复难以治愈等特点[2]，推行覆盖疾病全周期一体化的医防融合服务应是慢性病防治的关键举措。然而，长期以来我国医疗卫生服务体系中一直存在着医疗服务与公共卫生服务相互割裂的问题，医防融合服务供给存在缺口[3-4]。2019 年《关于做好 2019 年家庭医生签约服务工作的通知》对医防融合工作提出了具体要求，要继续以家庭医生团队为载体，以高血压、糖尿病等慢性病为突破口，强化基层医防融合。由此可见，基层医生是医防融合服务重要的提供者，其在提供医防融合服务过程中的行为直接影响到患者接受的医疗卫生服务质量。因此，探究基层医生慢性病医防融合服务行为意向至关重要。

当前，针对基层医生的行为意向研究多聚焦于某一特定的医疗服务提供行为意向或者公共卫生服务提供行为意向，例如基本药物的处方行为意向[5-6]、双向转诊行为意向[7-8]等。在医防融合领域针对基层医生的研究多聚焦于基层医生的医防融合服务认知、工作现状及其影响因素[9-11]。少量针对基层医生医防融合服务行为意愿的研究中对行为意愿的测量相对简单，不能具体反映医防融合行为意愿各方面的情况[12]。本文旨在分析基层医生在慢性病医防融合服务提供中的行为意向现状及其影响因素，为推动基层医防融合工作的开展、基层医防融合政策的制定提供依据与参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究于 2023 年 8 月在山东省开展调查，采用多阶段分层随机抽样，按照地理位置和经济发展水平，在山东省的东、中、西部地区各选择烟台市、潍坊市以及聊城市，在每个地市随机选择 1 个区和 1 个县 / 县级市

作为样本地区。每个区随机选择 3 家街道社区卫生服务中心或乡镇卫生院、每个县 / 县级市随机选择 4 家乡镇卫生院或街道社区卫生服务中心作为样本单位。将乡镇卫生院 / 街道社区卫生服务中心调查当日在岗的基层医生集中起来，并在其辖区内随机抽取 15 名左右村医 / 社区医生，进行问卷调查。最终共计发放问卷 537 份，排除未收回和填写不完整的问卷，共收集 481 份有效问卷，问卷有效应答率为 89.6%。纳入标准：基层医疗卫生机构的临床医生，基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室等。排除标准：不直接提供医疗服务的公共卫生医师、护士等人员。本研究已通过山东大学公共卫生学院伦理委员审批（伦理审批号：LL2022112）。

1.2 调查工具

研究者自制《基层医生慢性病医防融合服务提供调查问卷》，经专家咨询后修改完善问卷内容，主要包括四部分。

（1）一般情况调查表：包括调查对象的性别、年龄、婚姻状况、学历、从医年限、专业技术职称等基本信息。

（2）医防融合服务认知问卷：医防融合服务认知是指基层医生对医防融合的工作内容、效果、重要性等方面的主观认知。该部分基于已有文献进行改编[11]，共 12 个题目。

（3）基层医疗机构医防融合服务环境评价问卷：医防融合服务环境评价是指基层医生对所在机构医防融合工作开展的重视程度、资源供应、信息系统和管理机制等方面的主观评价。该部分基于世界卫生组织对卫生系统六大框架分类（服务提供、人力资源、信息系统、基本药物、卫生筹资、卫生管理），参考已有文献相关内容[13]，自行编写设计而成，共有 13 个题目。

（4）基层医生医防融合服务提供行为意向问卷：医防融合服务提供行为意向是指基层医生向慢性病患者提供预防、检查、诊断、治疗、转诊、随访、健康教育以及健康管理等连续性、协调性服务的行为动机和个人意愿程度。该部分依据慢性病“防、治、管”服务模式，参考《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》《国家基层糖尿病防治管理手册（2022 版）》以及《国家基层高血压防治管理手册（2020 版）》中关于糖尿病和高血压的预防、诊疗以及管理等具体操作内容设置 13 个题目。

医防融合服务认知问卷、基层医疗机构医防融合服务环境评价问卷、基层医生行为意向问卷均采用 Likert 5 分制计分，从“完全不同意”到“完全同意”，分别赋值 1~5 分。各题目得分 <4 分为低水平组，各题目得分≥ 4 分为高水平组，且基于此，三个问卷均以总分的 80% 为界，分为高水平组与低水平组。三个问卷的 Cronbach′s α 系数分别为 0.938，0.949，0.961，均显示良好的信效度。

1.3 统计分析

使用 EpiData3.1 软件建立数据库，对所有问卷资料进行双录入，进行一致性检验，保证最后导出数据的准确性与规范性，采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据处理与分析。计数资料以相对数表示，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示；计数资料组间比较采用 χ^2 检验，基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向的影响因素采用二元 Logistic 回归模型分析。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 人口学特征

共调查基层医生 481 名。女 271 名（56.34%）；40~49 岁 178 名（37.01%）；在婚 419 名（87.11%）；学历大学本科及以上者 216 名（44.91%）；从医年限 20~29 年者 152 名（31.6%）；初级职称者 196 名（40.75%），无职称者 161 名（33.47%）；月收入 2 500~4 999 元者 245 名（23.08%），月收入 <2 500 元者 125 名（25.99%）；半年内接受 1 次培训者 264 名（54.89%）；机构所在地区为乡镇的有 270 名（56.13%），医防融合服务认知处于高水平组的有 270 名（56.13%）；对机构医防融合服务环境评价处于高水平组的有 257 名（53.43）。见表 1。

2.2 基层医生医防融合服务提供行为意向基本情况

由表 2 可知，基层医生的慢性病医防融合服务提供行为意向平均得分为 57.28 分（总分为 65 分），其中题目平均得分最高为 4.49 分，题目平均得分最低为 4.28 分。同时，基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向处于高水平的有 400 名，占比为 83.16%；而慢性病医防融合服务提供行为意向处于低水平的基层医生仅有 81 名，占比为 16.84%。得分最高的题目为 D4，其次是题目 D9。得分最低的题目为 D1，其次是题目 D6。

2.3 单因素分析

不同性别、年龄、学历、从医年限、专业技术职称、月收入、半年培训次数、机构所在地区、医防融合服务认知、机构医防融合服务环境的基层医生医防融合行为意向情况比较，差异均有统计学意义（P<0.05）。见表 3。

2.4 多因素分析

以基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向为因变量（赋值：低水平 =0，高水平 =1），以个人基本特征、医防融合服务认知和机构医防融合服务环境为自变量进行二元 Logistic 回归分析，结果显示性别、学历、医防融合服务认知、机构医防融合服务环境对基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向有影响（P<0.05）。女医生相较于男医生有更强的慢性病医防融合服务提供行为意向；大专学历的基层医生相较于高中、中专即以下医



表 1 调查对象的基本特征（n=481）
Table 1 Basic characteristic of the respondents

变量	名数	占比（%）
性别		
男	210	43.66
女	271	56.34
年龄		
<30 岁	76	15.80
30~39 岁	136	28.27
40~49 岁	178	37.01
≥ 50 岁	91	18.92
婚姻状况		
在婚	419	87.11
其他	62	12.89
学历		
高中、中专及以下	114	23.70
大专	151	31.39
大学本科及以上	216	44.91
从医年限		
<10 年	115	23.91
10~19 年	140	29.11
20~29 年	152	31.60
≥ 30 年	74	15.38
专业技术职称		
无	161	33.47
初级	196	40.75
中级及以上	124	25.78
月收入		
<2 500 元	125	25.99
2 500~4 999 元	245	50.94
≥ 5 000 元	111	23.08
半年培训次数		
0 次	43	8.94
1 次	264	54.89
2 次及以上	174	36.17
机构所在地区		
乡镇	270	56.13
街道	211	43.87
对医防融合认知		
低水平	211	43.87
高水平	270	56.13
对医防融合服务环境评价		
低水平	224	46.57
高水平	257	53.43

生有更强的医防融合服务提供行为意向；医防融合服务认知水平与基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向之间呈现正向关系；基层医疗卫生机构的医防融合服务环境对基层医生的慢性病医防融合服务提供行为意向有显著的正向影响。

3 讨论

3.1 基层医生医防融合提供行为意向相对较强，但仍存在提升空间

研究表明，基层医生的慢性病医防融合服务提供行为意向水平整体较高，有利于基层医防融合服务工作的进一步开展。基层医生在向上转诊相关的题目中得分较高，这表明在医防融合服务提供过程中，基层医生都表现出强烈的向上转诊意向，与已有研究结果相一致[14]；但其医防融合服务提供必要性以及个性化的医防融合服务提供的行为意向得分相对较低。由此可见，基层医生对于向慢性病患者提供医防融合服务意向仍存在提升空间。这可能是因为当前医防融合服务的开展缺乏相应的考核、激励与晋升制度[11]以及服务标准与流程的不明确与不规范[4，15]，使得基层医生不愿再提供更多的医防融合服务。一方面应建立完善的医防融合服务激励考核机制，提高基层医生对于医防融合服务提供工作的积极性与主动性[16]。另一方面，应制定合理的关于医防融合工作有序开展的政策文件与服务指南，规范基层医生的医防融合服务流程，为基层医生的医防融合服务工作提供指导。

3.2 基层医生医防融合行为认知对行为意向有正向影响

基层医生医防融合认知水平越高，提供慢性病医防融合服务的行为意向就越强，这与已有研究结果相一致[12]。这可能是由于医防融合服务认知水平越高的基层医生，对医防融合总体评价越高，提供医防融合服务的动机与意愿越强[9]。研究显示，当前基层医生针对题目“我对医防融合服务工作非常了解”的得分相对较低。这可能是基层医生跨专业的知识技能掌握不充分[17]、医防观念存在误区[11]以及医防融合工作仍处在探索期[18]等因素综合导致的。因此，一方面，应加强医防融合服务宣传与培训力度，加强健康教育、慢性病管理等医防融合服务的知识技能培训[17]；在医共体全面推开的背景下，促进基层医疗卫生机构与牵头医院之间的医防融合服务合作，为基层医生提供一个良好的医防融合服务学习场所与平台[19]。另一方面，要在根本上通过医学教育模式改革，打破专业界限思维，自觉融合临床与预防服务[11]。

3.3 机构医防融合服务环境对行为意向有正向影响

基层医生就职的医疗卫生机构服务环境越好，提供慢性病医防融合服务的行为意向就越强。既往研究在管理机制与信息化建设等方面证实了医疗卫生机构的服务环境可以正向影响医生的医疗卫生服务提供行为意向[20-21]。此外，本研究所调查的基层医生普遍认为其所在的医疗卫生机构缺少资金支持来开展医防融合服务工

表 2 基层医生的慢性病医防融合服务提供行为意向

Table 2 The behavioral intention of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors for patients with chronic diseases

题目	得分（$\bar{x}\pm s$，分）	分组［名（%）］	
		低水平	高水平
总计	57.28±7.24	81（16.84）	400（83.16）
D1. 我愿意为高血压 / 糖尿病患者提供医防融合服务	4.28±0.78	59（12.27）	422（87.73）
D2. 当在疾病筛查过程中发现高血压 / 糖尿病高危人群时，我会对其提供健康管理服务（例如：健康教育、定期体检等）	4.40±0.70	35（7.28）	446（92.72）
D3. 当在疾病筛查过程中发现疑似高血压 / 糖尿病患者时，我会建议患者去医院进行再次检查诊断，进一步确诊	4.42±0.67	32（6.65）	449（93.35）
D4. 当在并发症筛查过程中发现高血压 / 糖尿病患者出现新并发症或原有并发症加重时，我会建议转诊至上级医院治疗	4.49±0.66	32（6.65）	449（93.35）
D5. 当高血压 / 糖尿病患者到机构就诊时，我会对其提供健康管理服务（例如：健康档案建立、健康评估等）	4.40±0.65	32（6.65）	449（93.35）
D6. 当高血压 / 糖尿病患者到机构就诊时，我会根据健康评估结果为其制定个性化的治疗和健康管理方案。	4.38±0.67	38（7.90）	443（92.10）
D7. 当高血压 / 糖尿病患者的病情控制不稳定或有药物不良反应时，我会根据患者病情调整药物和治疗方案。	4.42±0.62	26（5.41）	455（94.59）
D8. 当调整药物和治疗方案后，我会在 2 周内及时随访患者，了解病情改善情况。	4.40±0.66	34（7.07）	447（92.93）
D9. 当对高血压 / 糖尿病患者连续两次随访病情仍然控制不满意是时，我会建议患者转诊至上级医院治疗。	4.47±0.66	31（6.44）	450（93.56）
D10. 当高血压 / 糖尿病患者病情好转下转回基层时，我会定期随访监测患者病情。	4.40±0.68	37（7.69）	444（92.31）
D11. 当为高血压 / 糖尿病患者提供健康管理服务（例如：随访、体检）时，我会评估患者病情，必要时为其调整治疗方案	4.40±0.64	30（6.24）	451（93.76）
D12. 当为高血压 / 糖尿病患者提供健康管理服务时，我会定期询问患者的疾病情况，了解用药情况，并提供药物指导服务	4.45±0.65	28（5.82）	453（94.18）
D13 当为高血压 / 糖尿病患者提供健康管理服务时，我会对患者提供并发症筛查服务。	4.38±0.69	41（8.52）	440（91.48）

注：该问卷各题目得分为 1、2、3 分，总得分小于 52 分的为低水平组；各题目得分为 4、5 分，总得分大于等于 52 分（总分 65 分的 80%）的为高水平组。

作，这与以往研究结果相一致[22]。同时，基层医生表示其所在的医疗卫生机构对于医防融合服务工作开展所必须的设备配置并不充足，这也会阻碍医防融合服务提供。有关部门应强化对医防融合工作的资金保障，应设立医防融合服务专项资金，构建多维度的医防融合资金投入与补偿机制，明确医防融合资金筹集的具体方式与标准，保证医防融合资金投入的可持续与稳健性[23]。同时，应该将支持重点放在基层，为基层医疗卫生机构配备医防融合服务所需的医疗设备，为基层医防融合服务工作开展的实际需要提供保障[24]。

3.4 不同特征基层医生之间行为意向具有差异

学历和职称越高的基层医生提供医防融合服务行为意向水平越高。这可能是由于学历与职称收入越高的基层医生是当前医防融合培训的优先对象[9]。既往研究表明，更多次的培训会强化基层医生的相关知识与技能水平，而知识与技能水平的提升常会影响基层医生的医疗卫生服务行为意向，参与机构培训次数较少的基层全科医生，对于日常医疗卫生服务工作的满意度较低，而工作满意度较低的同时常伴随着较高的职业倦怠，这可能会影响基层医生向慢性病患者提供医防融合服务的行为意向[25]。收入对医防融合服务行为的行为意向有正向影响。这可能是因为，收入较高的基层医生，对于职业的认同感普遍比较强，进而可能会影响其对于慢性病医防融合服务提供的行为意向[26]。因此应针对特定人群增加培训次数，增强其医防融合服务工作热情，进而促进基层医防融合服务工作的有效开展。

4 小结

总之，当前医防融合中基层医生慢性病医防融合服务行为意向较强，但仍应建立完善医防融合考核与激励机制，制定合理的医防融合政策文件与服务指南，通过多种方式提升基层医生医防融合认知，设立医防融合专项资金优化基层医疗卫生机构环境，针对特定人群增加医防融合培训次数。本研究设计了基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向的调查问卷。该调查问卷既可用于基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向的评价，也可用来进一步分析其影响因素，具有一定的实用价值和研究参考价值。当前研究也存在一定的局限性。在调查范围与变量纳入方面，由于条件限制，本研究仅在山东省的三个地市进行抽样，且纳入分析的影响因素不够全面，因此本研究在全国范围内的代表性不足，应用范围较为局限。在研究方法方面未使用混合研究方法，在原因探

表 3 基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向单因素分析

Table 3 Univariate analysis of the behavioral intention of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors for patients with chronic diseases

变量	低水平（<52 分）	高水平（≥ 52 分）	χ^2 值	*P* 值
性别			6.828	0.009
男	46（21.90）	164（78.10）		
女	35（12.92）	236（87.08）		
年龄			9.704	0.021
<30 岁	11（14.47）	65（85.53）		
30~39 岁	12（9.56）	123（90.44）		
40~49 岁	40（22.47）	138（77.53）		
≥ 50 岁	17（18.68）	74（81.32）		
婚姻状况			1.565	0.211
在婚	74（17.66）	345（82.34）		
其他	7（11.29）	55（88.71）		
学历			16.195	<0.001
高中、中专及以下	32（28.07）	82（71.93）		
大专	26（17.22）	125（82.78）		
大学本科及以上	23（10.65）	193（89.35）		
从医年限			16.757	0.001
<10 年	16（13.91）	99（86.09）		
10~19 年	15（10.71）	125（89.29）		
20~29 年	41（26.97）	111（73.03）		
≥ 30 年	9（12.16）	65（87.84）		
专业技术职称			6.337	0.042
无	35（21.74）	126（78.26）		
初级	33（16.84）	163（83.16）		
中级及以上	13（10.48）	111（89.52）		
月收入			14.350	0.001
<2500 元	33（26.40）	92（73.60）		
2500~4999 元	39（15.92）	206（84.08）		
≥ 5000 元	9（8.11）	102（91.89）		
半年培训次数			12.070	0.002
0 次	11（25.58）	32（74.42）		
1 次	54（20.45）	210（79.55）		
2 次及以上	16（9.20）	158（90.80）		
机构所在地区			6.6878	0.010
乡镇	56（20.74）	214（79.26）		
街道	25（11.85）	186（88.15）		
医防融合服务认知			55.966	<0.001
低水平（<48 分）	66（31.28）	145（68.72）		
高水平（≥ 48 分）	15（5.56）	255（94.44）		
机构医防融合服务环境			74.256	<0.001
低水平（<52 分）	73（32.59）	151（67.41）		
高水平（≥ 52 分）	8（3.11）	249（96.89）		

表 4 基层医生慢性病医防融合服务提供行为意向的二元 Logistic 回归分析

Table 4 Binomial Logistic regression analysis of the behavioral intention of integrated medical and preventive care provided by grassroots doctors for patients with chronic diseases

变量	*B*	*SE*	*OR*（95%*CI*）	*P* 值
性别（以男为参照）				
女	0.765	0.320	2.149（1.148~4.022）	0.017
年龄（以 <30 岁为参照）				
30~39 岁	0.670	0.734	1.954（0.463~8.236）	0.362
40~49 岁	0.614	0.868	1.848（0.337~10.117）	0.479
≥ 50 岁	0.370	1.039	1.448（0.189~11.099）	0.721
婚姻状况（以在婚为参照）				
其他	0.668	0.626	1.951（0.150~1.747）	0.286
学历(以高中、中专及以下为参照)				
大专	1.000	0.398	2.736（1.254~5.969）	0.011
大学本科及以上	0.851	0.482	2.343（0.910~6.031）	0.078
工作年限（以 <10 年为参照）				
10~19 年	0.431	0.679	1.539（0.407~5.822）	0.526
20~29 年	−0.168	0.745	0.845（0.196~3.638）	0.821
≥ 30 年	0.981	0.964	2.668（0.403~17.665）	0.309
专业技术职称（以无为参照）				
初级	−0.328	0.345	0.720（0.367~1.416）	0.341
中级及以上	−0.207	0.503	0.813（0.303~2.179）	0.681
月收入(以 <2 500 元为参照)				
2 500~4 999 元	0.337	0.342	1.400（0.717~2.736）	0.324
≥ 5 000 元	0.510	0.576	1.666（0.538~5.154）	0.376
半年培训次数（以 0 次为参照）				
1 次	0.080	0.468	1.083（0.433~2.709）	0.864
2 次及以上	0.970	0.524	2.638（0.945~7.368）	0.064
机构所在地区（以乡镇为参照）				
街道	−0.054	0.341	0.947（0.486~1.848）	0.874
医防融合服务认知（以低水平 <48 分为参照）				
高水平(≥ 48 分)	1.267	0.354	3.549（1.775~7.098）	<0.001
机构医防融合服务环境（以低水平 <52 分为参照）				
高水平(≥ 52 分)	2.112	0.430	8.264（3.561~19.178）	<0.001

究方面存在局限。在未来的研究中会尽可能将影响因素考虑周全并扩大调查范围，进一步完善研究的方法与内容。

作者贡献：范博阳、张玉提出主要研究目标，负责研究的构思与设计，研究的实施，撰写论文；孙雯宁、张慧芳进行数据的收集与整理，统计学处理；王英杰、赵洋、张奥进行论文的修订；王海鹏负责文章的质量控制与审查，对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

范博阳 https://orcid.org/0009-0000-2727-6048
张慧芳 https://orcid.org/0009-0000-7668-980X
赵洋 https://orcid.org/0000-0002-6011-5948

王海鹏 https://orcid.org/0000-0002-1315-3474

参考文献

［1］吕兰婷，邓思兰．我国慢性病管理现状、问题及发展建议［J］．中国卫生政策研究，2016，9（7）：1-7. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2016.07.001.

［2］郭田．健康教育在慢性病防治中的角色及作用［J］．实用医技杂志，2014，21（4）：437-438.

［3］陈家应，胡丹．医防融合：内涵、障碍与对策［J］．卫生经济研究，2021，38（8）：3-5，10.

［4］王子荆．安徽省医防融合实施现况及提升策略研究［D］．合肥：安徽医科大学，2022.

［5］程静，汪贤文，徐宸韵，等．基于计划行为理论的安徽省基层医生抗生素处方行为研究［J］．中国农村卫生事业管理，2023，43（4）：292-297. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.2023.04.011.

［6］王馨，周志衡，王家骥．广州市社区医生处方行为中基本药物意向结构方程模型分析［J］．中国全科医学，2013，16（28）：2570-2573，2583. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2013.08.008.

［7］刘晓斌，吉金山，李小康，等．陕北地区双向转诊制度中医生行为探索研究［J］．中国初级卫生保健，2018，32（1）：1-2，5. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2018.01.0001.

［8］杨立成，李林，鲍琳辉．天津医务人员和患者双向转诊知晓度及意愿性的调查［J］．中国医院管理，2015，35（7）：75-77.

［9］赖思宏，陈静纯，马晟杰，等．杭州市县域医共体公共卫生人员医防融合认知评价与工作境况现状分析［J］．现代预防医学，2023，50（5）：879-883. DOI：10.20043/j.cnki.MPM.202210113.

［10］郑喆，郭岩，陈浩，等．医防融合背景下我国基层医疗卫生机构医防工作现状及认知调查[J]. 现代预防医学，2022，49(21)：3932-3936，3992. DOI：10.20043/j.cnki.MPM.202204419.

［11］于梦根，赵璇，李惠文，等．我国基层医疗卫生机构医护人员的医防整合行为及影响因素研究［J］．中国全科医学，2021，24（1）：46-51. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.037.

［12］崔兆涵，王虎峰．紧密型县域医共体医务人员医防融合行为意愿影响因素研究［J］．中国医院管理，2024，44（2）：40-45.

［13］袁蓓蓓，何平，徐进，等．基层卫生服务医防融合：概念框架及指标体系构建［J］．中国卫生政策研究，2022，15（9）：11-18. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.09.003.

［14］王丹，李惠文，袁蓓蓓，等．中国城乡基层医生转诊行为及其影响因素研究［J］．中国卫生政策研究，2019，12（9）：25-30. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2019.09.005.

［15］时华侦．重大疫情防控视域下河北省医防融合现状及优化策略研究［D］．唐山：华北理工大学，2021.

［16］吕韵，景日泽，王德猛，等．家庭医生签约服务的激励机制内涵分析——基于厦门市“三师共管”模式［J］．中国全科医学，2021，24（16）：1995-2002. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.191.

［17］王银，吴春眉，李丽清，等．江西省区（县）医疗机构医务人员医防融合服务认知现状调查［J］．中国农村卫生，2024，16（3）：23-27. DOI：10.20126/j.cnki.1674-361X.2312-013.

［18］李怡霖，熊子蕙，房惠妍，等．我国医防融合政策分析：政策演化与政策工具运用［J］．中国卫生政策研究，2023，16（1）：19-27. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2023.01.003.

［19］李亚慧，谢坤，唐卫卫，等．中西部农村地区基层医生常见病诊疗能力现状与对策［J］．卫生经济研究，2022，39（6）：38-41.

［20］张越，黄菊，代涛．信息化对医生转诊意向及行为影响的定性模型研究［J］．中国全科医学，2022，25（13）：1636-1641. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0175.

［21］程港镁，潘文文，王小合，等．医疗联合体建设管理制度对医生纵向协作意愿及行为的影响研究［J］．中国医院管理，2022，42（9）：6-11.

［22］于亚航，赵璇，李惠文，等．我国基层医疗卫生机构医防整合支持环境现况研究［J］．中国全科医学，2021，24（1）：52-59. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.039.

［23］顾海，李子豪，王福如，等．医防融合的关键问题、机制创新与实现路径［J］．卫生经济研究，2024，41（1）：45-49.

［24］李冬梅，洪学智，刘钊，等．医防融合视角下公立医院慢性病管理补偿机制优化探讨［J］．中国医院管理，2023，43（12）：67-69，73.

［25］陈东冉，李玉华，丁蕾，等．新疆基层医疗机构全科医生工作满意度现状及影响因素分析［J］．职业与健康，2023，39（22）：3036-3040.

［26］侯皓，戴蓉慧，吴婧，等．家庭医生团队成员职业认同现状及影响因素研究［J］．中国全科医学，2021，24（19）：2445-2451，2458. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.211.

（收稿日期：2024-10-15；修回日期：2025-02-11）
（本文编辑：崔莎）